



## SAMLET SAKSFRAMSTILLING

Utvalg	Møtedato	Saksnr.
Formannskapet	06.06.2005	0036/05

### NOU 2005:3 -FRA STYKKEVIS TIL HELT. EN SAMMENHENGENDE HELSETJENESTE HØRING

#### Formannskapets vedtak:

Punktene nedenfor er kommentert med henvisning til kapittel 2 i høringsnotatet.

#### 2.1 Forutsetning for god samhandling

Lierne kommune støtter fullt ut utvalgets syn på de overordnede mål og verdier utredningen baserer seg på. Utvalget støtter en videreutvikling av brukerperspektivet. Dette forutsetter at pasienter har kompetanse til å gjøre egne valg. Videre gis det tilslutning til at primærhelsetjenesten må være fundamentet i helsetjenesten. Dette understøttes av LEON – prinsippet, at behandlingen skal gies på det laveste effektive omsorgsnivå i behandlingspyramiden. Det er derfor ønskelig at tanken om økt fokus omkring kommunehelsetjenesten realiseres.

Kommunen støtter uttalelsen om at ingen yrkesgrupper har spesialkompetanse på helheten.

#### 2.2 Utfordringene

Høringsnotatet tar høyde for de kommende årenes eldrebølge med et økende antall kompliserte tilstander som vil sette store krav til gode samhandlingsmodeller.

#### 2.3.1 Pasientperspektivet i helsetjenesten

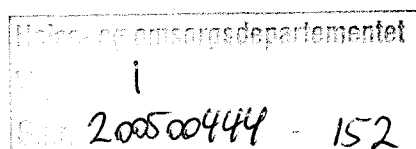
##### **Brukermedvirkning**

Kommunen er enig i at brukermedvirkning også bør lovfestes for den kommunale helsetjenesten. Dersom det blir en felles sosial- og helselov slik Bernt-utvalget foreslår, bør hjemmelen komme der og også omfatte sosialtjenesten.

Det bør dessuten vurderes om Bernt-utvalgets forslag om bruk av begrepet "tjenestemottaker" også i denne sammenheng bør erstatte begrepene bruker, pasient, klient o.l. for å bidra til å oppnå bedre begrepsforståelse.

##### **Individuell plan**

Kommunen har stor tro på at individuell plan vil utvikle seg til å bli et viktig og nødvendig arbeidsredskap sjøl om det har hatt lang modningstid, både for tjenestemottakere og tjenesteutøvere. På dette grunnlag støttes forslagene om målrettet informasjon og at kommunene får hovedansvaret for at planer blir utarbeidet.



Utvalget tar også opp spørsmålet om deltakelse fra andre etater når individuelle planer skal utarbeides. Vår erfaring er at det er helt nødvendig med en likeverdig lovhjemmel i lover som barnehageloven, barnevernloven, sysselsettingsloven, folketrygdloven og skolelovgivningen. Dette ikke bare for å sikre deltakelse, men slik at også ansvar for koordinering av planene kan fordeles. Dette må også gjelde fastleger og fysioterapeuter på driftstilskudd. Deltagelse i tverrfaglig arbeide kan stimuleres gjennom takstsystemet, en eventuell tilpliktning bør avtales i den enkelte lege/fysioterapeuts avtale om offentlig helsearbeide

### **Pasientopplæring og informasjon**

Forslagene om lovhjemlet tilbud om pasientopplæring, en videre utvikling av og en sikker finansiering av lærings- og mestringssentrene, støttes.

### **Pasientombud og tilsyn med helsetjenesten**

Utvalget foreslår at ordningen med pasientombud utvides til også å omfatte kommunale helse- og sosialtjenester. Kommunen ser positivt på dette for å kunne utvikle tjenestene til beste for pasientene i kommunehelsetjenesten. Brukerutvalg kan også være et alternativ. Dette vil kreve en vesentlig utvidelse av kapasiteten og må dessuten vurderes opp mot fylkesmannens rolle som klagebehandler og tilsynsmyndighet for kommunale tjenester.

### **2.3.2 Samhandlingen mellom tjenesteutøverne**

#### **Tiltak rettet mot legetjenesten i kommunen**

Utvalget peker på at samfunnsmedisin har blitt et forsømt felt innen legetjenesten i kommunene. Mange kommuner har i dag store problemer med å få rekruttert kvalifiserte leger i kommunelegestillinger. Forslaget om at fastlegene kan tilpliktes samfunnsmedisinsk arbeid innen rammen av de 7,5 timer pr uke fastlegene i dag kan tilpliktes til offentlig legearbeid, er ikke tilstrekkelig til å dekke disse oppgavene godt nok. Tilsynsfunksjonen for sykeheimer bør fordeles på flere dager i uken for å dekke behovet til pasientoppfølging og andre tilsynsoppgaver.

Forslaget er heller ikke i tråd med Nylænnautvalgets innstilling om reduksjon i antall små deltidsstillinger innen samfunnsmedisin. Kommunen støtter tanken på en økning i antall halv- og helstillinger i samfunnsmedisin, gjerne i interkommunale konstellasjoner.

Kommunen er ellers enig i at fastlegeforskriften bør endres slik at tjenestemottakere med store og sammensatte behov blir bedre ivaretatt. Det er derfor nødvendig å endre de økonomiske virkemidlene gjennom takstsystemet og basistilskuddet med dette for øye. Bl.a. av ovennevnte årsak opplever vi i dag store forskjeller mellom fastlegene i hvilken grad de tar ansvar for rusmisbrukere, eldre, kronikere og psykisk syke personer.

#### **Krav til formaliserte avtaler mellom foretak og kommuner**

Utvalget foreslår å pålegge kommuner og helseforetak å inngå samarbeidsavtaler for å oppnå en mer helhetlig pasientbehandling. *I Nord-Trøndelag har det siden 1999 vært slike avtaler mellom kommunene og fylkeskommunen, senere helseforetaket. Denne avtalen regulerer forhold både på systemnivå og på individnivå, og det er utviklet et avvikssystem med utgangspunkt i avtalen. Vi har sett det som viktig for samhandlingen at avtalen klart regulerer ansvarsforholdene. Helseforetaket har fullt ansvar for å definere en pasient som utskrivningsklar, mens kommunen har det hele og fulle ansvar for de kommunale tiltak som settes i verk.*

Utvalget tar ikke stilling til kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter. På oppdrag fra sosial- og helsedirektoratet ble det utarbeidet en forskningsrapport "Mellom to senger?" som bl.a konkluderte med at samarbeidet var best og utskrivning skjedde raskest når det ikke forelå avtale om betaling eller

betalingsforskriften var gjeldende. *I Nord-Trøndelag innholder ikke avtalene kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter. Utskrivning og tilbud i kommunene tas på faglig, ikke økonomisk grunnlag. Verken helseforetaket eller kommunene ønsker en annen praksis. Ut fra våre erfaringer tilrår vi at forskriften om kommunal betaling trekkes tilbake.*

*Det er viktig at avtaler må understøttes av flere andre tiltak. Spesielt er det viktig å at det opprettes faste arenaer for samhandling, både på systemnivå og på individnivå. På systemnivå må dette både favne den enkelte kommune og foretakets totale nedslagsfelt og da med KS som representant for kommunene.*

### **Tiltak for å styrke (re)habiliteringstjenesten**

Utvalget legger vekt på behovet for styrking av (re)habiliteringstjenesten. Dette er trolig det området som krever størst oppmerksomhet når det gjelder samhandling tverrfaglig og mellom nivåene. Det skal nå utarbeides en nasjonal plan for rehabilitering, og samhandling må bli en viktig del av denne planen. Når psykiatrisatsingen avsluttes, bør det vurderes om tiden er inne for en nasjonal satsing på habilitering og rehabilitering og hvor det må legges inn økonomiske virkemidler.

Når det gjelder opptreningsinstitusjonene må det bemerkes at det har tatt lang tid for å få avklart deres rolle i det framtidige rehabiliteringsbildet.

Kommunenes behov for plasser er også i liten grad avklart. Fra 01.01.06 vil alle pengene til rehabilitering bli overført til helseforetakene. Tidligere har dette som kjent gått over trygdebudsjettet. Helseforetaket sier at disse pengene skal utelukkende gå til spesialisert rehabilitering, og at dette vil gi bedre tjenester til de som får dette tilbudet.

*Men det blir tilbud til færre enn de som får et slikt tilbud i dag.*

Tidligere ble ofte så mange som 40-60% av brukerne henvist fra kommunelegen til rehabiliteringsinstitusjonene og Rtv betalte utgiftene. Fortsatt har kommunene det samme ansvar som før for rehabilitering. Dette ansvar innebærer at det som før må henvises til institusjonsbehandling, men helseforetaket vil bare betale for de brukerne som de sier tilhører 2.linjetjenesten. *Derfor vil et stort antall brukere miste sin finansiering til rehabilitering.* Kommunene bør på samme måte som helseforetakene tilføres midler til kjøp av plasser, slik at de kan budsjettere med dette. Det kan vanskelig forventes at kommunene med den nåværende kommuneøkonomi dekker de utgifter som trygden tok tidligere.

### **En adresse for samhandling i kommunene og foretakene**

Forslaget om en adresse i kommunene og foretakene for samhandling støttes og bør vurderes i forhold til bestemmelsen om koordinerende enhet i rehabiliteringsforskriften.

### **Tiltak for god og effektiv informasjonsutveksling**

Det er viktig at informasjon som er nødvendig for god samhandling, og hvor brukeren gir samtykke, blir gitt. Det er i dag urimelige barrierer for dette. Det må derfor gis tilstr ekkelig lovhjemmel for slik informasjonsflyt slik Bernt-utvalget har foreslått i en ny kommunal sosial- og helselov.

### **Kunnskapsutvikling, utdanning og opplæring**

Utvalget tar for seg viktige tiltak innen forskning, grunnutdanning, etter- og videreutdanning og praksiskonsulentordning med sikte på styrking av kompetansen til samhandling. Dette er meget viktig i en tid hvor kompetanse lett måles i antall doktorgrader på stadig mer fagspesifikke emner.

Når det gjelder hospitering bør både kommunehelsetjenesten og helseforetakene pålegges et ansvar for å gi konkrete hospiteringstilbud. Hospiteringen bør være gjensidig mellom helsenivåene.

### **Veiledningsplikten**

Vi støtter utvalgets forslag om likelydende lovbestemmelser i spesialisthelseloven og kommunehelseloven med gjensidig plikt til veiledning. Dette må også gjelde sosialtjenesten i en framtidig kommunal sosial- og helselov.

### **2.3.3 Økonomiske og organisatoriske rammebetingelser**

#### **Adgang til å etablere felles organisatoriske enheter**

Det foreslås at det gis adgang til at kommunene kan delegere myndighetsutøvelse til interkommunale organer eller til andre kommuner. Det er imidlertid viktig at dette ikke gjøres i en slik grad eller på slike områder at det lokale politiske ansvaret blir vesentlig redusert.

#### **Lokal forankring av spesialisthelsetjenesten**

Når foretaksmodellen for spesialisthelsetjenesten ble innført, forsvant den politiske styringen av tjenesten som fylkeskommunene da hadde. Det er helt nødvendig for tillit til spesialisthelsetjenesten i framtida at folkevalgte organer får større innflytelse på utvikling av tjenestene igjen.

#### **Generelt om økonomiske virkemidler**

Vi sier oss enig i at for stor grad av stykkprisfinansiering av spesialisthelsetjenester går ut over mulighetene til samhandling mellom forvaltningsnivåene. På den andre siden har en observert et bedre pasienttilbud med kortere ventetid og behandling på et godt faglig nivå gjennom den samme stykkprisfinansieringen.

Ideelt sett burde det følge penger med de enkelte diagnoser for å få behandlet pasientene der det individuelt og helhetlig vurdert kan gis det beste tilbudet for pasienten. For eksempel innen rehabilitering og i "gråsonen" mellom 1. og 2. linjetjenesten.

#### **Forslag til endringer i takst- og refusjonssystemet**

Utvalget konkluderer bl.a. med at det er nødvendig med en gjennomgang av takst- og refusjonssystemet for å sikre større nøytralitet og at områder som veiledning og ambulering virksomhet gis bedre økonomiske vilkår. Dette er et synspunkt vi fullt ut støtter.

*Interkommunale legevaktordninger er i dag urimelig kostbar for kommunene. I Namdalen har en siden 1999 hatt et samarbeid mellom 13 kommuner om legevakt på natt (LINA).*

*Ordingen har dokumentert et svært godt tilbud for befolkningen på alle plan. Kommunene ønsker å videreføre ordningen til tross for en betydelig merutgift. Namdalen og Nord-Hordaland har dokumentert innsparinger for Rtv gjennom denne type løsninger, selv om økonomi ikke var et sentralt argument ved oppstart av ordningen. Det har i flere år vært arbeidet med å få rettet på dette forholdet uten at det har funnet sin løsning. Dette inkluderer også et stortingsvedtak om at kommunenes merutgifter ved denne type ordninger skal kompenseres. Det må kunne forlanges at det blir en snarlig avklaring på de økonomiske vilkårene for interkommunal legevakt slik at de faglig beste løsningene blir valgt.*

Støtter forslaget om at trygden betaler for nødvendige medisintilgifter til kreftpasienter og eventuelt andre spesielle diagnoser i sykeheim.

#### **Et øremerket tilskudd til samhandling**

Utvalget foreslår at det avsettes 1 milliard kr. til ulike samhandlingstiltak. Dette må sees på som en erkjennelse av at samhandling ikke kommer av seg sjøl, og at det er nødvendig med økonomiske stimuleringsstiltak for å få fortlgang i prosessen. Med et så stort beløp til disposisjon er det desto viktigere med en bevisst plan for bruken. Vi vil foreslå at ekstra midler til samhandlingstiltak i det alt

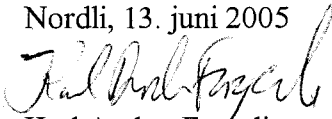
vesentlige kanaliseres gjennom et forsøksprogram som styres av sosial- og helsedirektoratet og KS i fellesskap.

Merutgifter for både kommuner og helseforetak bør vurderes i denne sammenheng. Avstanden mellom sykehus og kommune vil være et minus for å få utviklet samhandling, hvor ikke IT-løsninger kan erstatte fysiske møter m.v. Kjøreutgifter bør derfor kunne utløse øremerkede midler hvis gode planer for samhandling foreligger.

#### **Finansiering av legemidler**

Kommunen støtter utvalgets forslag om innføring av en ordning med at trygden betaler for nødvendig medisinsk behandling til pasienter som er avhengig av kreftbehandling i sykehjem på lik linje med de ordninger som gjelder ved behandling i omsorgsboliger og i hjemmet.

Nordli, 13. juni 2005



Karl Audun Fagerli  
rådmann